Moderne ärztliche Bibliothek

herausgegeben von

Dr. Ferdinand Karewski, Berlin.

Heft 17.

Die Hysterie des Kindes.

Von

Prof. Dr. **A. Eulenburg,**

Geheimer Medizinalrat
in Berlin.

Preis 1 Mark.

BERLIN.

Verlag von Leonhard Simion Nf.

1905.

Die Hysterie des Kindes.

Von

Prof. Dr. **A. Eulenburg,**
Geheimer Medizinalrat
in Berlin.



BERLIN.
Verlag von Leonhard Simion Nf.
1905.

Eine Darstellung der „Hysterie des Kindes“ müfste eigentlich mit zwei grofsen Fragezeichen beginnen. Wie umgrenzen wir den Begriff der Hysterie? wie den des Kindesalters scharf genug, um auf Grund der gemachten Einzelbeobachtungen eine „kindliche“, „infantile“ Hysterie mit einer gewissen Berechtigung der Hysterie der Erwachsenen überhaupt gegenüberzustellen und einheitlich zu charakterisieren?

Von einer eingehenden Erörterung der ersten Frage, nach Begriff und Wesen der Hysterie — die für sich allein eine eigene Abhandlung erfordern würde — kann an dieser Stelle um so mehr Abstand genommen werden, als die „Hysterie der Frau“ im Rahmen dieser Bibliothek gesonderte Darstellung von hervorragender gynäkologischer Seite schon gefunden hat.*) Allein gerade der Umstand, dafs diese Darstellung einem Gynäkologen, und zwar dem als solchem wohlbekannten Vertreter einer bestimmten, in den engeren Kreisen seiner Fachgenossen noch vielfach geteilten Anschauung über Natur und Entstehungsursachen der Hysterie zufiel, nötigt mich, meinen davon wesentlich abweichenden prinzipiellen Standpunkt in besonderer Rücksichtnahme auf das hier in Betracht kommende engere Thema ausdrücklich zu wahren.

Als unhaltbar und veraltet betrachte ich jede Auffassung, die davon ausgeht, oder an dem Glauben festhält, dafs von den Generationsorganen (des Weibes) bei lokalen Erkrankungen Einflüsse ausgehen könnten, die unmittelbar als solche, sei es direkt oder reflektorisch, die grofsen Neurosen,

*) Siehe Moderne ärztliche Bibliothek, Heft 3, Prof. W. A. Freund, „Über Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau“.

namentlich Hysterie verursachen. Die Entstehung der grofsen Neurosen, speziell der Hysterie — die übrigens von „Nervosität“ und „Neurasthenie“ weit schärfer, als bisher vielfach üblich, getrennt werden mufs — hat vielmehr das Vorhandensein einer neuropsychischen Konstitutionsanomalie zur notwendigen Voraussetzung, die in meist angeborenen, grofsenteils erblich degenerativen Anlagefehlern des Zentralnervensystems oder seiner funktionell wichtigsten Teilabschnitte ihre organogene Grundlage findet. Ob daneben auch von einer lediglich „erworbenen“ Nervosität, Hysterie usw. die Rede sein kann, ist eine noch nicht sicher entscheidbare, für manche Fälle von Erschöpfung durch schwächende Krankheiten, Blutverluste, operative Eingriffe, Traumen usw. wahrscheinlich zu bejahende Frage. Darüber hinaus spielen natürlich bei der Auslösung hierhergehöriger krankhafter Vorgänge die verschiedenen Organe und Organsysteme des Körpers vielfach eine wichtige, für Art und Verlauf der einzelnen Krankheitserscheinungen häufig mafsgebende Rolle. Insbesonders gilt dies sowohl von den Anomalien und Störungen physiologischer Funktionen wie von den im engeren Sinne pathologischen Zuständen des weiblichen Genitalapparates, die — immer unter der Voraussetzung ursprünglich fehlerhafter Anlage oder anderweitiger prädisponierender Krankheitsmomente — sicher eine in ergiebiger Weise fliefsende Quelle auslösender Erregungen sowie sekundärer Betriebstörungen des Nervensystems abgeben. Es darf aber nie vergessen werden, dafs die Hysterie in erster Reihe eine Psychose ist, auf die die „Neurose“ (wofern man dies beides trennen will) nur aufgesetzt ist, und dafs ihre so überaus mannichfaltigen und verwirrenden Einzelerscheinungen grofsenteils psychogener Natur sind. Man mufs daher für das bessere Verständnis gerade der hysterischen Lokal-Phänomene stets daran festhalten, dafs auch in den nicht seltenen Fällen, wo die beherrschenden pathologischen Vorstellungen wesentlich aus der Sexualsphäre geschöpft sind und sich dem entsprechend durch lokalisierte und fixierte Krankheiterscheinungen im Bereiche der Genitalorgane nach aufsen hin kundgeben — dafs auch in diesen Fällen es sich ursprünglich vielfach um krankhafte Bewufstseinsveränderungen und davon herrührende sekundäre Manifestationen, also um endo-

psychisch erzeugte und auf psychischem (autosuggestivem) Wege realisierte, nach aufsen projizierte Krankheiterscheinungen handelt.

Gilt dies schon für die Hysterie der Erwachsenen, so mufs es fast noch unbedingter für die Hysterie des kindlichen Alters Geltung beanspruchen — als einer Lebensperiode, in der der Geschlechtsapparat noch unvollkommen entwickelt, noch nicht zu seinen spezifischen funktionellen Leistungen befähigt und berufen, und dementsprechend auch pathologischen Störungen und Erkrankungen in weit geringerem Grade ausgesetzt, zugleich die Anteilnahme und Mitbetätigung der Sexualität innerhalb der engeren psychischen Wesenssphäre für das Individuum im allgemeinen noch nicht in ihrer vollen Bedeutung und in ihrem vollen Umfange wirksam geworden ist. Denn — und dies enthält zugleich die Beantwotung der zweiten hier aufgeworfenen Frage — wir können als Hysterie des Kindes, des Kindesalters nur das gelten lassen, was sich vor vollendeter Pubertät abspielt; eine zeitliche Abgrenzung freilich, die bei beiden Geschlechtern verschieden und nicht mit gleicher Sicherheit ausführbar ist. Beim weiblichen Geschlechte haben wir uns allgemein gewöhnt, den Zeitpunkt des erstmaligen Eintritts der Menstruation als mit der Vollendung der Pubertätsentwicklung zusammenfallend oder als charakteristisches Anzeichen dafür zu betrachten — wenn uns auch dieses Anzeichen wegen Verspätung oder gänzlichen Ausbleibens der Menstruation in nicht allzu seltenen Fällen bekanntlich im Stich läfst. Hiernach fällt der Abschlufs der Pubertätsentwicklung beim weiblichen Geschlecht in unseren Breiten überwiegend in das 13.—15. — in höheren nordischen Ländern vielfach erst in das 16. und 17., im tropischen Süden dagegen schon in das 10.—12. Lebensjahr. Innerhalb dieser allgemeinen Ausgangsbestimmungen sind die auf Rasse und Individualität, auf den besonderen Lebensverhältnissen usw. beruhenden Schwankungen freilich immer noch enorm grofs — doch werden wir als Durchschnittsgrenze unter mitteleuropäischen Verhältnissen für den Abschlufs der Pubertätsentwicklung beim weiblichen Geschlecht das vollendete vierzehnte Lebensjahr im allgemeinen festhalten und hier also auch die Grenze der „kindlichen“ Hysterie mit einer

gewissen Berechtigung ziehen dürfen. Beim männlichen Geschlechte entbehren wir zwar eines derartigen, eine genauere Abgrenzung ermöglichenden Kriteriums — werden aber schon im Interesse einer gewissen Einheitlichkeit der klinischen Auffassung sowie auch der Statistik zu einer für beide Geschlechter übereinstimmenden Festsetzung, und somit zur Einhaltung des vollendeten vierzehnten Lebensjahres als Grenze für die noch unter den Begriff der „kindlichen Hysterie“ zu subsumierenden Fälle auch bei männlichen Individuen aus Zweckmäfsigkeitsgründen geneigt sein.

Andere, namentlich französische Autoren haben allerdings diese Grenze weiter — mindestens bis zum vollendeten 15. Lebensjahre — hinausgeschoben. Es kommt darauf im Grunde nicht soviel an, weil die aus der Vernachlässigung der individuellen, psychischen Unterschiede entspringenden Fehlerquellen im einen wie im anderen Falle das Gesamtresultat notwendig beeinflussen. Auch beim weiblichen Geschlecht beendet ja der Menstruationseintritt die Kindheit wohl im physischen, nicht aber zugleich im psychischen Sinne; Kindheit und „Kindlichkeit“ im letzteren Sinne decken sich keineswegs; und gerade für die „Entstehung“ und mehr oder minder frühzeitige Auslösung der Hysterie ist — wenigstens auf dem von mir vertretenen Standpunkte — die individuelle psychische Entwicklung weit mehr mafsgebend als die somatische. Indessen wo und wie man immer die Abgrenzung zwischen der Hysterie des Erwachsenen und der „kindlichen Hysterie“ vorzunehmen geneigt ist — schon der Umstand, dafs es eine solche kindliche Hysterie (und zwar, wie sogleich zu zeigen sein wird, keineswegs selten und bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich häufig) gibt, dieser Umstand allein widerspricht scharf genug den alten, in modernisierter Fassung immer wieder vorgebrachten Deutungsversuchen, die in der Hysterie wesentlich eine von Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparats abhängige, diese als materielles Substrat voraussetzende Neurose erblicken, und läfst im Verein mit mannigfachen anderen Erfahrungstatsachen keinen Zweifel an der in ursprünglicher Anlage der nervösen Centralapparate beruhenden Natur der Hysterie und dem „psychogenen“ Ursprung der hysterischen Haupterscheinungen übrig.

Auf Grund dieser Erfahrungstatsachen dürfen wir, in Übereinstimmung mit anderen Neurologen, die Hysterie vorläufig definieren als eine zumeist in angeborener Veranlagung wurzelnde, chronisch verlaufende Psychoneurose, die als solche sich in ihrer Eigenart vor allem als eine Erkrankung des Vorstellunglebens kundgibt, das durch ungemeine Labilität und durch abnorm erhöhte expansive und exzessive Reaktionsfähigkeit auf innere und äufsere Eindrücke (**„Impressionabilität“**) gekennzeichnet ist: eine Eigenart des psychischen Geschehens, mit der sich in der Regel auch eine in hohem Grade gesteigerte Einbildungskraft, gesteigerte affektive und reflektorische Erregbarkeit und dementsprechend gesteigerter Drang zu krampfhaften motorischen Entladungen (**„Convulsibilität“**) — andererseits Herabsetzung der Willensenergie und des willkürlichen motorischen Handelns (Hypobulie und Abulie; **„abulische Insuffizienz“**) bis zur vollendeten „Lähmung“ in gröfserem oder geringerem Umfange verbinden.

Um für die Häufigkeit des Vorkommens der Hysterie im kindlichen Alter bei beiden Geschlechtern einige statistische Anhaltspunkte zu gewinnen, habe ich die sämtlichen in meiner Privatpraxis im Laufe der letzten fünf Jahre beobachteten, unzweifelhaften Hysterie-Fälle zusammengestellt. Es sind dies 226 (6,28 % der während dieses Zeitraums in der Privatpraxis behandelten Nervenkranken überhaupt). Unter diesen 226 Fällen kamen 209 bei Erwachsenen und 17 bei „Kindern“ — d. h. vor vollendetem 14. Lebensjahre — zur Beobachtung (8,1 %).

Unter den 209 Fällen von Hysterie der Erwachsenen betrafen 194 weibliche, nur 15 männliche Individuen (7,9 %). Unter den 17 Fällen von Hysterie bei Kindern dagegen finden sich beide Geschlechter ziemlich gleich stark vertreten; es waren nämlich darunter 8 Mädchen und 9 Knaben (also 53 %).

Was die Altersverhältnisse betrifft, so befanden sich zur Zeit des Beginnes der Beobachtung

	Knaben	Mädchen	insgesamt
im 9. Lebensjahre . .	1	—	1
- 10. - . .	1	3	4
- 11. - . .	2	—	2
- 12. - . .	1	—	1
- 13. - . .	2	3	5
- 14. - . .	2	2	4
	9	8	17

Der „Beginn“ oder das Manifestwerden der Hysterie selbst mufs natürlich für manche Fälle in eine noch früher, nicht genauer bestimmbare Lebensperiode hinaufverlegt werden.

Im allgemeinen damit übereinstimmend scheinen auch die Ergebnisse anderer Betrachter sich zu verhalten. Clopatt hat aus der Literatur 272 Fälle von „infantiler Hysterie“ (allerdings mit Beginn bis zum 15. Jahre aufwärts) zusammengestellt. Davon kamen 96 bei Knaben, 176 bei Mädchen zur Beobachtung — also immerhin eine verhältnismäfsig ansehnliche Beteiligung des männlichen Geschlechts. Wenn Clopatt aus den Statistiken verschiedener französischer Autoren (Landouzy, Georget, Beau, Briquet) den Schlufs zieht, dafs ungefähr $1/3$—$1/4$ aller Hysterischen bereits vor erreichter Pubertät erkranke, so erscheint diese Annahme doch wohl etwas zu hoch gegriffen, oder wenigstens auf deutsche Verhältnisse nicht ohne weiteres zutreffend. Es dürfte übrigens bei derartigen Statistiken auf die besondere Beschaffenheit des den einzelnen Beobachtern zu Gebote stehenden Materials sehr viel ankommen; ich bezweifle z. B. nicht, dafs die Kinderärzte zur Beobachtung hysterischer Kinder, namentlich in der ersten Kindheitshälfte, weit häufiger Gelegenheit haben als die Nervenärzte. Andererseits wird man leicht geneigt sein, sich etwas skeptisch zu verhalten, wenn unter Clopatts Fällen 20 sein sollen, in denen die Hysterie schon „in zartester Kindheit“, vor dem dritten Lebensjahre konstatiert wurde, ferner 2 im Alter von 3, 2 im Alter von 4 Jahren usw. — man wird sich immerhin fragen, ob und worauf es möglich ist, eine einigermafsen zuverlässige Diagnose der Hysterie in diesem Alter überhaupt zu begründen. Die Be-

rechtigung dieser Frage mufs zugestanden werden; indessen ergibt die Erfahrung, dafs man wirklich schon bei vier- und dreijährigen, und ausnahmsweise selbst bei noch jüngeren Kindern in die Lage kommen kann, aus dem ganzen Gebahren, aus gewissen Einzelsymptomen und vor Allem aus dem Verhalten auf psychotherapeutische Mafsregeln (Verschwinden der Symptome bei angedrohten Züchtigungen oder Operationen u. dgl.) auf Hysterie zu schliefsen — dies um so mehr, als sich gerade die hysterisch veranlagten Kinder in der Regel durch Frühreife und eine den Jahren beträchtlich vorauseilende Intelligenz auffällig kennzeichnen.

Symptomatologie.

Die Erscheinungsformen der Hysterie sind bekanntlich so überaus mannigfaltig, dafs es kaum eine Form pathologischer Störung gibt, die nicht unter Umständen auch Symptome der Hysterie werden könnten. Umgekehrt gibt es wohl kaum ein für Hysterie im eigentlichen Sinne „pathognomisches“ Symptom — ein solches also, das nicht auch aufserhalb des weiten Umkreises der Hysterie angetroffen werden könnte — wenn auch aus der ungeheuren Zahl der hysterischen Phänomene die einzelnen uns mehr oder minder häufig begegnen, und einige sogar wenigstens in vollentwickelten Fällen nur selten vermifst werden.

Um die Übersicht dieses Gebietes zu erleichtern, werden wir gut tun, uns zunächst an die herkömmliche Unterscheidung von Anfallsymptomen und von intervallaeren Symptomen — ferner, bezüglich der letzteren, von Bewegungstörungen, Empfindungstörungen, Ernährung- und Sekretionstörungen und von psychischen Störungen zu halten.

Um mit den intervallaeren Symptomen zu beginnen, so stehen unter den Bewegungstörungen im Vordergrunde des Interesses einerseits die hysterischen Hypokinesen und Akinesen (Paresen und Paralysen) — die sog. „hysterischen Lähmungen“ — andererseits die Hyperkinesen und Para-

kinesen, die irritativen Formen der Bewegungsanomalien, Krämpfe und Kontrakturen, sowie auch die Inkoordinationen. Die „Lähmungen“ sind bald auf ein kleines Muskelgebiet beschränkt, bald in mehr oder weniger weitem Umfange verbreitet; neben Lähmungen einzelner Muskeln, einzelner Nervenzweige und -Stämme kommen auch Lähmungen in monoplegischer, diplegischer, hemiplegischer und paraplegischer Form vor; neben den inkompleten (paretischen) Zuständen auch komplete Paralysen. Die Ernährung der Muskeln leidet dabei in der Regel nicht, auch ihre elektrische Reaktion bleibt gewöhnlich intakt, obgleich nach längerem Bestehen öfters leichte quantitative Anomalien (Herabsetzung der faradomuskulaeren und galvanomuskulaeren Kontraktilität) und ausnahmsweise selbst Erscheinungen partieller Entartungsreaktion vorkommen. Befunde hochgradiger Ernährungstörung und ausgebreiteter, kompleter Entartungsreaktion lassen fast immer auf Komplikationen (Poliomyelitis, Syringomyelie, spinale oder bulbäre fortschreitende Amyotrophie, infantile und juvenile Formen der Dystrophie) schliefsen. Im ganzen sind auch die Lähmungen, wie die meisten übrigen Symptome, weniger durch ihre besondere Beschaffenheit, durch Sitz, Umfang, Intensität usw., als durch die Plötzlichkeit ihres Auftretens und, unter günstigen Umständen, ihres Wiederverschwindens, durch ihre Abhängigkeit von Anomalien des Vorstellunglebens, von einem Shock, einem psychischen Trauma als „hysterisch“ gekennzeichnet; auch durch ihr relativ häufiges Einhergehen mit Kontrakturen und mit Sensibilitätstörungen der gelähmten oder paretischen Gliedmafsen. Die Muskulatur des Antlitzes, der Zunge, wie auch die Augenmuskeln werden an diesen Lähmungen verhältnismäfsig seltener, aber doch auch zuweilen beteiligt. Man hat Akkommodationslähmung, Ptosis, Diplopie, Lähmung einzelner Kehlkopfmuskeln und dadurch bedingte Aphonie, endlich Stummheit in Folge plötzlichen Versagens der Sprachmuskulatur auf hysterischer Basis bei Kindern beobachtet.

Schwere Beeinträchtigungen der lokomotorischen Koordinationen kommen besonders in der Form der hysterischen Astasie und Abasie (oder Dysbasie) zur Erscheinung.

Unter den Krampfformen werden die Allgemeinkrämpfe bei Besprechung der Anfallserscheinungen weiter unten Be-

rücksichtigung finden. Klonische und tonische Einzelkrämpfe können in den verschiedensten willkürlichen Muskelgebieten auftreten; besonders hervorzuheben sind die Krämpfe im Facialisgebiete (Blepharospasmus und Tic convulsif), im Accessoriusgebiete (Torticollis und Spasmus nutans) und vor Allem im Gebiete der respiratorischen Nerven, in der Form des Stimmritzenkrampfs (Spasmus glottidis), des Krampfhustens (Pertussis), der spastischen Aphonie, der exspiratorischen Lach-, Wein- und Schreikrämpfe, des Gähnkrampfes (Oscedo) und des als Schlucken, Schlucksen, Singultus bekannten und berüchtigten klonischen Zwerchfellkrampfes. — Am Herzen kommen alle möglichen Neurosenformen, Palpitationen, Tachykardie und Bradykardie, Arhythmien, Tremor cordis, auch tonisch-systolischer Zustand (Tetanus cordis) als Ursache hysterischer Stenocardie zur Beobachtung. Äufserst häufig sind Krämpfe der mit glatter Muskulatur versehenen Organe, besonders im Bereiche des Digestionstraktus (Speiseröhre, Magen und Darm; hysterische Dysphagien, Vomituritionen, Koliken, Meteorismus und spastische Obstipation) sowie der Harnorgane (Cystospasmus und Urethrospasmus; spastische Ischurie und Tenesmus). Ein näheres Eingehen auf diese und andere Einzelsymptome würde an dieser Stelle zu weit führen. Ebenso kurz kann hier nur der hysterischen Kontrakturen gedacht werden, die in allen Graden der Schwere und Ausdehnung von der flüchtigsten Muskelspannung bis zur permanenten Dauerkontraktur und in der Verbreitung von einzelnen auf viele oder fast sämtliche willkürliche Muskeln des Körpers variieren, sich aber in der Regel durch das vorzugsweise Befallenwerden der Extremitäten, durch Plötzlichkeit des Entstehens und zuweilen auch des Verschwindens, durch die häufige Verbindung mit Lähmung und mit Anästhesie in der schon angegebenen Weise charakterisieren. Unter den „Koordinationskrämpfen“ sind das hysterische Stottern und die den Eindruck der Chorea machenden, sog. „choreiformen“ Bewegungen hervorzuheben.

Innerhalb der Sensibilitätstörungen — denen sich die Störungen im Gebiete der höheren Spezialsinne anreihen — haben wir Hyperästhesien, Parästhesien und Anästhesien zu unterscheiden. Bei den Hyperästhesien im Gebiete der sensibeln Hautnerven und den angrenzenden Nervengebieten

handelt es sich nur selten um Steigerung der taktilen Sensibilität („Hyperpselaphesie“) — meist um Steigerung der Schmerzempfindung (Hyperalgesie), die sich häufig auch mit spontan auftretenden Schmerzempfindungen — den hysterischen Algien: Topoalgien und Neuralgien — verbindet. Es kommen hier besonders die durch Schmerzempfindlichkeit ausgezeichneten, sogenannten „hysterogenen Zonen“ in Betracht, die auch bei Entstehung der konvulsivischen Anfälle eine hervorragende Rolle spielen, insofern durch Druck von ihnen aus bald vollständig entwickelte, bald partielle und inkomplete, gewissermafsen abortiv bleibende Anfälle häufig hervorgerufen — andererseits auch schon ausgebrochene Anfälle durch einen längere Zeit unterhaltenen Druck in manchen Fällen sistiert werden. Diese hysterogenen Zonen finden sich bald am Kopfe, bald in grofser Verbreitung namentlich am Rumpfe, an Brust und Abdomen, sowie am Rücken (Dornfortsätze der Wirbel). Einer auszeichnenden Berühmtheit erfreuen sich bekanntlich bei Hysterischen die von Schützenberger und Charcot direkt auf die Eierstöcke bezogenen Zonen der seitlichen Bauchgegend (fossa iliaca), die nach Charcot an der Kontaktstelle der horizontalen Verbindungslinie der beiden Spinae iliacae ant. sup. mit einer diese Linie schneidenden, von der seitlichen Begrenzung des Epigastrium senkrecht herabsteigenden Vertikallinie jederseits ihren Sitz haben sollten, und die dieser Deutung gemäfs zu der Bezeichnung der hysterischen Ovarie (Ovarialgie, Ovarialhyperästhesie) Anlafs gegeben haben. Diese hysterische „Ovarie“ sollte in der Regel linksseitig, und nicht selten mit linksseitiger hysterischer Hemianästhesie und Hemipare verbunden vorkommen. Es ist nicht zu bezweifeln, dafs diese „Ovarie“ mit den Ovarien als solchen absolut nichts zu tun hat, wofür u. A. Steinhauser*) durch seine in ausgedehntem Mafse auch bei gesunden männlichen Individuen angestellten Untersuchungen überzeugende Beweise erbracht hat. Es bedurfte deren freilich kaum, da wir diese „Ovarie“, oder vielmehr diese abdominellen „hysterogenen“ Zonen bei der Hysterie der Kinder gerade so gut wie bei Hysterie der Erwachsenen,

*) Über die physiologische Grundlage der hysterischen Ovarie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. XIX p. 369.

und bei Knaben so gut wie bei Mädchen antreffen. Es handelt sich dabei vielmehr lediglich um Hyperästhesie der Bauchdecken, auf die als ein überhaupt überaus häufiges und in differenzialdiagnostischer Beziehung beachtenswertes Krankheitssymptom O. Rosenbach neuerdings nachdrücklich aufmerksam gemacht hat — nicht um „Ovarialgien“, sondern um kutane und subkutane hysterische Algien (Topoalgien) und Hyperalgien. Die von französischen Autoren als viriles Surrogat der Ovarie angesprochene Testikularhyperästhesie habe ich in ausgesprochener und einwandfreier Weise bei Kindern nicht nachweisen können.

Aus der ansehnlichen Zahl der hysterischen Algien tieferer Teile, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Eingeweide, mögen nur die Myalgien und Arthralgien, die Gastralgien, Enteralgien, Cystalgien als auch im kindlichen Alter vorkommend und leicht zu Täuschungen Anlafs gebend genannt werden. — Noch recht wenig aufgeklärt sind Ursprung und Sitz der auch bei Kindern schon recht häufigen Kephalalgien, besonders der anfallsweise auftretenden, oft in frühester Lebensperiode beginnenden Hemikranien, und der nervösen Stenokardien.

Bei den Anästhesien im Hautnervengebiete sind wiederum Störungen der tactilen Sensibilität (Hypopselaphesie und Apselaphesie) und des Schmerzgefühls (Hypalgesie und Analgesie) zu unterscheiden. Beide Störungen können vereint, aber auch isoliert und auf verschiedene Hautnervengebiete zerstreut, fleckweise (en plâques) vorkommen. Bei der klassischen — in Deutschland übrigens nicht allzu häufigen — Form der hysterischen Hemianästhesie ist neben Hypästhesie oder Anästhesie der Haut auf einer, vorwiegend der linken Körperhälfte in der Regel auch entsprechende Gefühlsbeeinträchtigung der benachbarten Schleimhäute (der Mundhöhle, des Rachens, der Nase, der Konjunktiva usw.) sowie auch der tieferen Teile — Verlust der „Muskelgefühle“ — und Störung im Gebiete der Spezialsinne, besonders des Gesichts (konzentrische Gesichtsfeldeinengung, Störung des Farbensehens, Amblyopie), seltener des Gehörs und der übrigen Sinne, bald auf der anästhetischen Seite, bald auch doppelseitig vorhanden.

Mit der grofsen Verschiedenheit der Sensibilitätstörungen hängt auch das sehr ungleiche Verhalten der oberflächlichen und tiefen Reflexe bei Hysterischen zusammen.

Besonders häufig findet man die Reflexe an den Schleimhäuten (des Auges, der Nase, des Gaumens usw.) vermindert oder fehlend, die Hautreflexe dagegen meist erhalten, die Sehnenreflexe (Sehnen- und Muskelphänomene) nicht selten erheblich gesteigert.

Von Parästhesien mögen, abgesehen von den „Algien", nur die Formikationen, die Gefühle von Hautjucken, von Kälte, Brennen, Ziehen und Spannen in den Hautdecken, ferner die allgemeinen Frost- und Hitzegefühle, die Angst- und Oppressionsgefühle, die krankhaften Hunger- und Durstgefühle, die Gefühle von Übelkeit, Ekel usw. — deren Entstehung vielfach noch rätselhaft ist — namhaft gemacht werden.

Die Zahl der in Betracht kommenden trophischen und sekretorischen, wie auch der im engeren Sinne vasomotorischen Störungen, an der Haut wie an den tieferen Teilen und Eingeweiden, ist wiederum sehr umfangreich, ihre Beschaffenheit äufserst mannigfaltig. Eine katalogisierende Aufzählung würde nur ermüdend und verwirrend wirken, da alle diese Störungen doch nicht als Einzelsymptome, sondern vermöge ihrer Beziehungen unter einander und zu dem Gesamtleiden ihre richtige Deutung und Bedeutung erhalten. Als besonders auffällig seien nur die auf Labilität der vasomotorischen Inneroation beruhenden neurotischen Hautaffektionen in Form von Erythemen (rote Flecken, tâches cérébrales; angioneurotischer Rubor), Urticaria, Dermographismus, cirkumskripte Ödeme, Haut- und Schleimhautblutungen usw., sowie die Störungen der Schweifssekretion in Form von Hyperidrosis und Anidrosis, und der Harnsekretion in Form von Oligurie und Anurie, Polyurie (namentlich im Gefolge der Anfälle) usw. verzeichnet.

Die psychischen Anomalien sind unter allen hysterischen Störungen bei Weitem die wichtigsten, oft auch die am frühesten hervortretenden und daher für den, der zu beobachten versteht, für die Frühdiagnose mafsgebenden. Sie kommen, der Altersstufe entsprechend, vor Allem in der ungemein gesteigerten Eindrucksfähigkeit, der überaus labilen seelischen Gleichgewichtslage, in der hochgradigen „Impressionabilität" und „Emotivität" der veranlagten Individuen zum Ausdruck. Speziell erweist sich dies nach der affektiven Seite hin in der Neigung zu jähem Stimmungswechsel, dem raschen und un-

vermittelten Umschlag von extremen Lust- zu ebenso extremen Unlustgefühlen, in dem unsteten, fahrigen Wesen, dem völligen Mangel an Beharrlichkeit und Folgerichtigkeit; in der oft gescholtenen, oft beklagten „Launenhaftigkeit“, in der Eigensinnigkeit oder Widersinnigkeit des Benehmens. Dabei entfalten sich allmälig die bekannten übeln Eigenschaften des hysterischen Charakters — die Sucht, um jeden Preis Aufmerksamkeit und Interesse zu erregen, der daraus entspringende Hang zur Täuschung, zur geflissentlichen Übertreibung, die gewohnheitsmäfsige Verlogenheit, die ausschliefsliche Konzentration alles Denkens und Empfindens auf das eigene Ich, dem gegenüber die sonstigen ethischen Beziehungen, die Gefühle der Achtung und Pietät oder auch nur der traditionell anerkannten Autorität gegenüber Eltern, Verwandten, älteren Geschwistern, Lehrern völlig verschwinden — falls sie nicht, wie es auch vorkommt, durch Neid, Eifersucht, Antipathie, Hafs in das gerade Gegenteil verkehrt werden. Selbst ganz unnatürlich erscheinende Verbrechen (aus Eifersucht begangener Mord an Geschwistern bei kaum 3jährigen Kindern!), in anderen Fällen Selbstmordversuche können — wenn auch zum Glück nur ausnahmsweise — aus dieser perversen Gemütsveranlagung hervorgehen, und würden vermutlich häufiger sein, wenn nicht zum Glück die so hochgradige Sensibilität und Emotivität dieser Kranken durch eine fast ebenso hochgradige Willensschwäche von energischem Handeln abgedrängt und in Schranken gehalten würde. Abgesehen davon macht auch der rasche Wechsel der Stimmungen und Motive ein anhaltend planmäfsiges Vorgehen, im guten wie im schlechten Sinne, in den meisten Fällen unmöglich.

Das hier in einigen Hauptzügen entworfene Bild ist natürlich nur eins, ein besonders scharf ausgeprägtes aus der reichen und bunten Vielheit hysterischer Charakterphysiognomien. In anderen Fällen finden wir überwiegend Trägheit, Indolenz, Apathie, alle Anzeichen äufserer und innerer Verwahrlosung; in noch anderen die Spuren scharfer Intelligenz, raschen Auffassens und Begreifens, guter Lernfähigkeit, einer ausgesprochenen Frühreife in intellektueller Beziehung, die freilich mit dem ebenso ausgesprochenen moralischen Defizit einen um so ärgeren Kontrast bildet. Unter den als „debil“ geltenden Kindern, bei denen neben einer leichten intellektuellen Abschwächung gerade

der Defekt des moralischen Empfindens am meisten hervortritt und überhaupt ein grelles Mifsverhältnis des Vorstellungs- und Gefühlslebens obwaltet, sind wahrscheinlich manche hysterisch veranlagte. — In erotischer Beziehung findet sich auch oft frühe sinnliche Erregtheit, Hang zum Onanieren, nicht selten schon in früher Kindheit sich ankündigende Disposition zu den das Geschlechtsleben der Erwachsenen späterhin beherrschenden Anomalien und krankhaften Aberrationen, zu Homosexualität, Sadismus und Masochismus. Damit dürfte auch wohl der Umstand zusammenhängen, dafs „hysterische“ (oder für hysterisch gehaltene) Knaben zuweilen mädchenhafte Neigungen in Bezug auf Beschäftigung, Spiele, Kleidung und Schmuck usw. in auffälliger Weise bekunden.

Von den, schon bei Kindern vorkommenden „hysterischen Dämmerzuständen“ wird, da sie selten intraparoxysmell, häufiger in Verbindung mit schweren hysterischen Anfällen (prä- und besonders postparoxysmell) auftreten, besser im Anschlufs an die Schilderung der Anfälle gesprochen werden.

Die hysterischen Krampfanfälle bilden, bei Kindern wie bei Erwachsenen, eine überaus wichtige Erscheinungsform oder Teilerscheinung der hysterischen Zustände — stehen aber doch zu diesen keineswegs etwa in dem gleichen Verhältnisse, wie die epileptischen Anfälle zur Epilepsie. Während eine Epilepsie ohne „Anfälle“ undenkbar ist, das Gesamtbild der Epilepsie vielmehr aus den einzelnen Anfällen und durch diese wesentlich konstituiert wird, gibt es dagegen in jedem Lebensalter eine nicht geringe Zahl von Hysteriefällen, die — wenigstens lange Zeit, und so dafs die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden kann — ohne bemerkbare Krampfanfälle verlaufen, bei denen also die Hysterie durch die vorstehend geschilderten sog. „interparoxysmellen“, motorischen, sensibeln, sekretorisch-trophischen, vor Allem durch die psychischen Symptome ausschliefslich sich kundgibt. Unter den oben erwähnten 17 Fällen meiner Beobachtung aus den letzten fünf Jahren sind 5 (also 29,4 %) bei denen ausgesprochene hysterische Krampfanfälle nicht beobachtet wurden. Unter den von Clopatt aus der Literatur der infantilen Hysterie zusammengestellten 272 Fällen, die sich bis zum vollendeten 15. Lebensjahre erstrecken (96 Knaben, 176 Mädchen), sind 190 Fälle von „konvulsivischer Hysterie“, 82 von „Hysterie

ohne Anfälle"; und zwar unter den ersteren 70 Knaben, 120 Mädchen — unter letzteren 26 Knaben, 56 Mädchen. Eine vorherrschende Neigung zu Konvulsionen bei dem einen oder anderen Geschlechte scheint danach nicht obzuwalten; das Verhältnis der „konvulsivischen" zu den anfallfreien Fällen ist vielmehr bei beiden Geschlechtern annähernd das gleiche.

Bei den hysterischen Krampfanfällen pflegt man — nach Analogie des epileptischen „grand mal" und „petit mal" — „grofse" und „kleine" Anfälle zu unterscheiden, von denen die ersteren durch längere Dauer, gröfsere Schwere der Erscheinungen und (in der Regel) durch ein Zusammengesetztsein aus mehreren aufeinander folgenden „Stadien" oder „Perioden" charakterisiert werden. Charcot, dem die Lehre von der Hysterie so aufserordentlich viel verdankt, der aber auch trotz seiner genialen Beobachtungsgabe von der, französischen Autoren vielfach eigenen, Neigung zum Schematisieren nicht ganz frei war, hat bekanntlich für seine „grande hystérie" vier „Perioden" oder „Phasen" der Anfälle unterschieden: die „epileptoide Phase", die Phase der „grofsen Bewegungen" und Kontorsionen, die Phase der leidenschaftlichen Ausdrucksstellungen („attitudes passionnelles") und die Phase der Delirien („phase délirante") oder somnambulische Phase. Diese Phasen sind schon bei der Hysterie der Erwachsenen überaus inkonstant, häufig nur mangelhaft entwickelt und schwer von einander zu scheiden; bei der Hysterie des kindlichen Alters kommen sie in der Regel nicht in dieser charakteristischen Weise zum Ausdruck, vielmehr sind für gewöhnlich nur einzelne Anfallphasen, oft nur eine, namentlich die erste oder zweite, vorherrschend und selbst allein deutlich entwickelt, während die „attitudes passionnelles" und die Delirien, die ekstatischen, somnambulistischen, lethargischen Zustände meist, aber keineswegs immer zu fehlen scheinen (ich fand sie unter 12 Fällen „konvulsivischer" Hysterie bei Kindern unter 14 Jahren zweimal sehr stark und rein ausgesprochen — beidemal bei im 13. und 14. Jahre stehenden Mädchen).

Zweckmäfsiger und einfacher als die Charcot'sche Annahme von vier Perioden oder Phasen der Anfälle ist die von Binswanger vorgeschlagene Unterscheidung eines „Prodromalstadiums" — eines „Hauptstadiums" (das sich aus der Phase der tonisch-klonischen Krämpfe und der Phase

der koordinierten Bewegungen zusammensetzt) — und eines „Nachstadiums". Allerdings wird man auch diese „Stadien" gerade bei Kindern nicht immer unterscheidbar und deutlich entwickelt finden. Das Vorstadium oder „Prodromalstadium" umfafst die dem eigentlichen Anfall voraufgehenden oder ihn einleitenden, die sog. „Aura"-Symptome. Diese können überaus mannigfacher Natur sein, bald auf dem sensitiven, bald auf dem motorischen und vasomotorischen, bald mehr oder ausschliefslich auf dem psychischen Gebiete liegen. Parästhesien der verschiedensten Art, Schmerzen im Bereiche der schon erwähnten „hysterogenen" Zonen, Globus, Oppressions- und Angstgefühle, Nausea, anomale Sinnesempfindungen (u. a., wie ich in mehreren Fällen beobachtete, Geruchsempfindungen mit entsprechenden Bewegungen, Schnüffeln), Herzpalpitationen, krampfhafte Atembewegungen (Gähnen, Niefsen, Schluchzen usw.), reizbare oder unmotiviert deprimierte und traurige Stimmung kommen als Symptome hysterischer Aura besonders häufig zur Wahrnehmung. In dem „Hauptstadium" der Anfälle haben wir zum Beginn meist ein — in der Regel sehr kurzes — tonisches, dann ein länger, oft recht lange andauerndes klonisches Krampfstadium, in den klonischen Formen des Zuckens, des rhythmischen Zitterns und Schüttelns, der athetoiden und choreiformen Bewegungen an Rumpf und Extremitäten — wie der Extensität, so auch der Intensität nach ungemein variabel. Hierbei sind oft schon, wie bei Choreatischen, gewisse koordinatorische Bewegungsformen prävalierend; nicht selten kommt es weiterhin zu jenen, der Charcotschen Periode „des contorsions et des grands mouvements" entsprechenden eigenartigen, gewaltsamen, koordinatorischen Krampfbewegungen, die eine durch ihre Ungewöhnlichkeit und scheinbare Unnatürlichkeit imponierende, merkwürdige Körperverrenkung zur Folge haben und daher in dem Gesamtbilde der grofsen hysterischen Anfälle so charakteristisch hervortreten, wie der hysterische Opisthotonus, Emprosthotonus und Pleurotonus, die berühmte Bogenstellung („attitude de cercle") — wobei fast der ganze Körper, nur an Kopf und Füfsen unterstützt, bogenförmig frei in der Luft schwebt — und die von Charcot beschriebene Kruzifixstellung mit ausgebreiteten Armen. Diese Stellungen und Bewegungen bilden in manchen Fällen (bei Kindern wie

gesagt selten) den Übergang zu der Charcot'schen Periode der „attitudes passionnelles“ und ihren wiederum überaus mannigfaltigen Ausdrucksstellungen und Ausdrucksbewegungen, die die Affekte von Zorn, Schreck, Angst, Freude, religiöser und erotischer, visionärer Verzückung, die Ideen von Flucht, Verfolgung usw. in anschaulichster, oft pathetisch gehobener, theatralisch wirksamster Weise — wie unter dem Einflusse gut gegebener und durchgeführter hypnotischer Suggestionen — realisieren. Auch sprachliche Ausdrucksmittel, vom leisesten, unverständlichen, aber durch die begleitenden Gesten wohl charakterisierten Gemurmel, oder vereinzelten Ausrufen bis zum lautesten, wildesten Angstgeschrei, oder Singen, Beten, Fluchen, je nach dem beherrschenden Affekt kommen dabei vielfach zur Verwendung, ohne dafs es notwendig wäre, eine besondere „phase délirante“, oder besondere „attaques de délire“, „hystérie maniaque“ darauf zu unterscheiden. In anderen Fällen herrscht dagegen völlige Stummheit, oder es überwiegen nach den ersten einleitenden tonisch-klonischen Konvulsionen ganz und gar somnambulistische, lethargische, komatöse oder kataleptische (durch Rigidität und flexibilitas cerea gekennzeichnete) Zustände. Die Pupillen sind in dem eigentlichen Krampfstadium meist zu Anfang verengt, später erweitert oder von vielfach schwankendem Durchmesser, die Haut- und Schleimhautreflexe meist herabgesetzt oder selbst zeitweise aufgehoben, die tiefen Reflexe (Sehnen- und Muskelphänomene) dagegen in der Regel erhalten; das Bewufstsein ist — ein immerhin wichtiger, wenn auch nicht durchgreifender Unterschied gegenüber den epileptischen Anfällen — in der Regel nicht völlig erloschen, es findet auf lautes Anrufen, starke Hautreize usw. meist Reaktion statt.

Ein diesen Namen verdienendes „Nachstadium“ gibt es nicht immer, denn die Anfälle können — sei es spontan, oder unter den angewandten therapeutischen Einflüssen — scheinbar ganz plötzlich aufhören. In den meisten Fällen allerdings erfolgt ein mehr allmäliges Abklingen, das, wie die Gesamtdauer der Krämpfe überhaupt, die von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden variiert, zeitlich ein sehr verschiedenes Verhalten darbietet. Die Kranken sind nach den Anfällen oft völlig erschöpft, zerschlagen, oder sie verfallen gleich danach

in tiefen Schlaf; sie haben für den eben durchgemachten Anfall selbst und für das unmittelbar Voraufgegangene öfters keine Erinnerung; sie haben gewisse Symptome während des Anfalls akquiriert, die diesen überdauern (Lähmungen, Kontrakturen, Anästhesien, Gesichtsfeldbeschränkung) — oder es sind umgekehrt solche Symptome, die vorher bestanden, während des Anfalls verschwunden, oder sie haben ihren Ort gewechselt („transfert" von einer auf die andere Körperhälfte). Häufig ist die von Charcot beschriebene „Polyurie" nach den Anfällen, als Entleerung eines sehr reichlichen, blassen, an festen Bestandteilen armen Harns mit entsprechend niedrigem spezifischem Gewicht; dabei ist, wie Gilles de la Tourette und Cathelineau nachwiesen, eine relative Vermehrung der unlöslichen Erdphosphate im Verhältnis zu den löslichen Alkaliphosphaten öfters zu konstatieren.

Die schon erwähnten hysterischen Dämmerzustände entwickeln sich zuweilen unmittelbar im Anschlusse an einzelne schwere Anfälle — in selteneren Fällen gehen sie diesen vorauf, oder werden auch ganz ohne Zusammenhang mit Anfällen beobachtet. Sie sind, ebenso wie die auf andere Ursachen zurückführenden, namentlich die epileptischen Dämmerzustände, durch die Plötzlichkeit des Eintritts und Verschwindens, die überaus schwere Beeinträchtigung des Vorstellunglebens (Verwirrtheit, Zusammenhanglosigkeit, „Dissoziation" der Vorstellungen nach Ziehen) — der sich oft auch Wahnvorstellungen und Halluzinationen beigesellen — und durch die zurückbleibende, mehr oder weniger vollständige Amnesie gekennzeichnet. Auch den, bei Kindern bis zum 9. Lebensjahre häufigeren, später meist verschwindenden Pavor nocturnus unter die eigentlichen Dämmerzustände einzubeziehen, wie Ziehen es tut, und zur Hysterie und Epilepsie in engere Beziehung zu bringen, scheint mir im allgemeinen nicht gerechtfertigt, obgleich natürlich auch diese Zustände bei degenerativer erblicher Veranlagung, auf Grund deren es früher oder später zu anderen Neurosen, zu Hysterie und Epilepsie kommen kann, vorzugsweise angetroffen werden.

Ätiologie.

Bei der Ätiologie der infantilen Hysterie ist — wie dies schon aus den einleitenden Bemerkungen hervorgeht — die erblich degenerative Veranlagung („Belastung") in erster Reihe zu betonen. Der Einflufs der Heredität kann sich dabei sowohl in homologer, wie in heterologer Form bemerkbar machen — d. h. so dafs entweder die Hysterie als solche direkt von den Erzeugern (in diesem Falle gewöhnlich von den Müttern) auf die Kinder vererbt wird — oder dafs beim Vorhandensein von Nerven- und Geisteskrankheiten überhaupt in der Aszendenz Hysterie in der Deszendenz beobachtet wird. Nach Briquet lassen sich bei 28,5 % der Individuen, die vor der Pubertät hysterisch wurden, Nervenkrankheiten der Eltern nachweisen; die Hälfte der hysterischen Mütter erzeugt hysterische Töchter. Clopatt hat 91 aus der Literatur zusammengebrachte Fälle von infantiler Hysterie nach dieser Richtung hin untersucht; davon hatten nur 17 (in Hinsicht des Nervensystems) gesunde Eltern; Erkrankung des Vaters allein lag in 16, der Mutter allein in 25, beider gleichzeitig in 27 Fällen vor; Konsanguinität ergab sich in einem Falle, neuropathische Beschaffenheit der Familie in 5 Fällen.

Der Einflufs des Geschlechts macht sich, wie aus den schon früher mitgeteilten Statistiken hervorgeht, bei der Hysterie des Kindesalters weit weniger fühlbar, als bei der der Erwachsenen, wenn auch eine geringe Überzahl in der Beteiligung des weiblichen Geschlechts nicht zu verkennen ist. Man mufs annehmen, dafs die Neigung zu hysterischen Manifestationen — auch bei fortbestehender neuropathischer Beanlagung — beim männlichen Geschlecht nach erreichter Pubertät erheblich sinkt, beim weiblichen Geschlechte dagegen in ansehnlichem Mafse zunimmt.

Ob es neben der „angeborenen" Hysterie bei Kindern auch eine „früh erworbene" gibt, mag dahingestellt bleiben; wahrscheinlich ist bei der Mehrzahl der als „erworben" geltenden infantilen Hysterien auch originäre neuro-psychopathische Veranlagung, neuropsychische Konstitutionsschwäche von vornherein mit im Spiele. Jedenfalls sehen wir den ersten Ausbruch der hysterischen Erscheinungen zuweilen

im Anschlusse an überstandene erschöpfende Krankheiten (akute Infektionskrankheiten, Ileotyphus, Diphtherie), an Kopfverletzungen, Intoxikationen (Alkohol, Morphium), schwere Gemütsdepressionen erfolgen. Der Kreis dieser mehr okkasionell wirkenden, auslösenden Momente ist aber, namentlich nach der psychischen Seite hin, wohl noch sehr zu erweitern. Hier spielt u. A. der Einfluſs direkt seelischer Übertragung, psychischer Induktion, auf dem Wege der Nachahmung — wie bei anderen Neurosen (Chorea) — eine für die endemische Entstehung der Hysterie in Schulen, Pensionaten, Klöstern usw. oft bezeugte, hervorragende Rolle. Derartige „Endemien" kennen wir aus älterer wie aus neuerer Zeit; ich erwähne als Beispiel nur die von Hillebrecht 1889 in einer Mädchenschule in Vlotho beobachteten Vorkommnisse, wo ein 13jähr. Mädchen in der Klasse hysterische Krämpfe bekam und in kürzester Zeit 15 Mitschülerinnen damit „ansteckte". Man wird nun allerdings schwerlich behaupten dürfen, daſs alle diese Mitschülerinnen hysterisch gewesen oder es durch psychische Induktion, durch Nachahmung geworden seien; man könnte für diese imitatorisch entstandenen Formen emotioneller Neurose vielleicht einen anderen Ausdruck gebrauchen, da es sich ja doch bei den sekundär Befallenen nur um einen vorübergehenden Zustand, nicht, wie bei der Urheberin vermutlich, um eine dauernde hysterische Erkrankung handelte; immerhin kann auf solche Weise das Bild einer Massenhysterie entstehen, und es werden auch zu deren erfolgreicher Bekämpfung die für Behandlung der Einzelhysterie maſsgebenden Prinzipien im Allgemeinen zweckentsprechend benutzt werden. Aber auch von den meist in Krampfform sich äuſsernden Schulendemien abgesehen können in der Schule wie im Hause mannigfache Vorkommnisse — Schulstrafen, bloſs ein scharfer Tadel seitens des Lehrers, vor Allem körperliche Züchtigungen — bei schon prädisponierten Schülern und Schülerinnen zur Auslösung schwerer hysterischer Zufälle Veranlassung geben. So wird von Erlenmeyer ein Fall erwähnt, wo nach einer Ohrfeige des Lehrers bei einem neunjährigen Bauernjungen hysterische Sprachlosigkeit eintrat, die nach einigen Wochen bei heftigem Schreck wieder verschwand, als dem Knaben beim Kühehüten das Tier des Ortsschulzen weglief; ferner ein Fall von hysterischer

Lähmung beider Beine bei einem jungen Mädchen nach einer auf Rücken und Gesäfs applizierten Tracht Prügel: die (bald wieder verschwindende) Lähmung war auch hier nur die Folge der seelischen Erschütterung. Leick beobachtete einen Fall von vorübergehender hysterischer „Lähmung der Beine" und Schreckstarre bei einem neunjährigen Knaben, der gezwungen worden war, eine ihm nicht zusagende Suppe zu geniefsen. — Man wird freilich öfters auch das den hysterischen Manifestationen zu Grunde liegende psychische Moment bereits in diesem Alter auf einem anderen, auf dem erotischen Gebiete vorwiegend zu suchen haben. Bekanntlich soll nach der von Breuer und Freud aufgestellten Theorie den hysterischen Erscheinungen immer ein an bestimmte Erlebnisse meist erotischer Natur anknüpfendes Angstgefühl, ein nicht abreagiertes „psychisches Trauma" ausschliefslich zu Grunde liegen. Wenn nun auch die Theorie in dieser Allgemeinheit wenigstens für die Hysterie des kindlichen Alters schwerlich aufrecht zu halten sein dürfte, so ist doch nicht zu leugnen, dafs einzelne Fälle vorkommen, die bei genauerer Nachforschung sich den von Breuer und Freud vertretenen Anschauungen wohl anpassen; allerdings auch diese vorzugsweise bei ursprünglich belasteten, erblich-degenerativ beanlagten Kindern, bei denen also der psychische Shock, das auf erotischem Gebiete liegende Angsterlebnis wesentlich als auslösendes Moment (sei es allein oder mit anderen vereint) zu wirken scheint, nicht aber als unmittelbare und alleinige „Ursache". Es ist das von grofsem praktischen Belange, weil im Falle letzterer Annahme sich damit die Folgerung verknüpft, dafs durch Hinwegräumen dieser Ursache — durch ein auf suggestivem Wege bewirktes vollständiges „Abreagieren" — nun auch die Hysterie zur Heilung gebracht werden könnte, und gerade auf diesem Wege zur Heilung gebracht werden müfste. Ein solches Hinwegreagieren ist aber weder immer tunlich, noch ist es zur „Heilung" — d. h. zur Beseitigung der unmittelbar vorliegenden, schweren hysterischen Phänomene — unbedingt notwendig. Ich behandelte im verflossenen Jahre ein kaum 13jähriges Mädchen aus adliger Familie, die von väterlicher und mütterlicher Seite schwer degenerativ belastet, geistig frühreif, körperlich schwächlich entwickelt und noch nicht menstruiert war, bei der über sechs Wochen

hindurch fast täglich die schwersten und erschreckendsten Anfälle von grande hystérie sich abspielten, mit typisch ausgebildeten Stadien der contorsions, der attitudes passionnelles und Delirien, vielfach mit Wut- und Angstausbrüchen der heftigsten, unbändigsten Art, so dafs alle Wärterinnen mit dem Kinde nicht fertig zu werden vermochten und dessen Verlegung in eine geschlossene Anstalt sich als zeitweise unvermeidlich herausstellte. In den Anfällen spielten auch erotische Mimik und Gesten, hervorgestofsene obscöne Worte und Refrains eine hervorragende, in vielfacher Modulation wiederkehrende Rolle; für die Anfallszeiten bestand völlige Amnesie. Bei Erhebung der Anamnese nun stellte sich heraus, dafs das Kind zwei Jahre früher (also vom 11. Lebensjahre ab) mit der Mutter nach Italien gereist war, sich fast anderthalb Jahre in Monte Carlo, Rom, Palermo usw. aufgehalten hatte, und dort überall Augenzeuge des unsittlichen Verkehrs der Mutter mit einem italienischen Offizier sowie mit noch anderen Männern in den abscheulichsten, undenkbarsten, nicht wiederzugebenden Situationen gewesen war — so dafs die Phantasie des Kindes mit derartigen Vorstellungen massenhaft erfüllt und beschmutzt war. Die Mutter war dann (auf die zu Protokoll gegebenen Aussagen der Tochter hin!) von ihrem Gatten geschieden, das Kind in eine auswärtige Erziehungsanstalt gebracht worden, wo — in unmittelbarem Anschlusse an ein, die Erinnerung des Durchlebten wiederauffrischendes Schreiben der Mutter — die vorbeschriebenen Krämpfe sich zuerst eingestellt hatten. Die „Heilung“ erfolgte dennoch auch in diesem Falle ohne ein besonderes „Abreagieren“, lediglich unter Anwendung der üblichen Beruhigungsmittel und entsprechender psychischer Einwirkung, und ist bisher (seit fast einem halben Jahre) ungetrübt geblieben; die Kleine befindet sich zur Zeit in einem bekannten „Heilerziehungsheim“, man ist dort mit ihrem geistigen und sittlichen Verhalten und mit ihren Lernfortschritten durchaus zufrieden.

Diagnose.

Alle Verwechslungen, die bei der Hysterie vorkommen können — und tatsächlich vorgekommen sind — hier auch nur summarisch aufzuführen, erscheint völlig unmöglich; ist doch die Hysterie, wie Charcot sich mit Recht ausdrückt, gerade „die Krankheit, die alle anderen Krankheiten vortäuschen kann". Für die kindliche Hysterie speziell sind vor allem Verwechslungen sowohl mit den verschiedensten „organischen" Erkrankungen des zentralen und peripherischen Nervensystems, wie auch mit anderweitigen „funktionellen" Neurosen (Neurasthenie, Chorea, Epilepsie usw.) und mit Psychosen (Manie, Paranoia, Katatonie, Dementia praecox usw.) zu berücksichtigen. Die Diagnose kann sich im einzelnen Falle leicht, in anderen Fällen aufserordentlich schwierig gestalten, so dafs selbst erfahrene ärztliche Praktiker oft genug getäuscht werden, und des Glaubens sind, es mit einer Myelitis oder einem Hämatomyelus, mit einer Sklerose oder einem Hirntumor zu tun zu haben — bis sich aus irgend einem bisher übersehenen oder erst nachträglich zur Beobachtung kommenden Umstande, und vor Allem „ex juvantibus" der hysterische Charakter der Krankheiterscheinungen evident herausstellt. In anderen, mindestens ebenso zahlreichen Fällen freilich läfst sich der Arzt auch in den trügerischen Glauben wiegen, dafs es sich „nur" um Hysterie handle — während in Wahrheit eine heimtückische Gehirn- oder Rückenmarkserkrankung, oder während Epilepsie oder eine der vorgenannten Psychosen usw. vorliegt; in noch anderen, besonders schwierigen Fällen kann es sich auch um eine Kombination von Hysterie mit Epilepsie, mit anderen Psychosen, oder selbst mit einer chronischen Erkrankung des Zentralnervensystems (besonders mit multipler Hirnsklerose) handeln. Dies Alles ist zu erwägen und natürlich oft genug erst auf Grund einer längere Zeit fortgesetzten, genauen Beobachtung nach der somatischen und psychischen Seite hin mit Sicherheit zu entscheiden. Das Verhalten einzelner, besonders auffälliger Symptome seitens des Nervensystems, wie der Lähmungen, der Krämpfe und Kontrakturen, der Hyperästhesien und Anästhesien, selbst der konvulsivischen Anfälle kann in der Regel nur eine gewisse, gröfsere oder geringere Wahrschein-

lichkeit zu Gunsten der Hysterie — nicht aber eine unbedingt zuverlässige Diagnose ergeben, da es eben wahrhaft „pathognomonische“ Symptome der Hysterie als solcher nicht gibt. Nicht das Symptom an sich, sondern die Art und Plötzlichkeit seiner Entstehung, seine Komplikation mit anderen und seine Einordnung in den Gesamtumfang des krankhaften psychochomatischen Geschehens, auch die Art und Plötzlichkeit seines Verschwindens — Alles was mit dem psychogenen Ursprung des Einzelsymptoms als einer Teilerscheinung des krankhaft veränderten Vorstellungslebens zusammenhängt, ist für die Aufhellung und Beurteilung des hysterischen Zustandes bedeutungsvoll und charakteristisch.

Im Einzelnen werden wir uns freilich auch an die in der „Symptomatologie“ speziell erörterten Verhältnisse behufs Unterscheidung hysterischer Lähmungen, Kontrakturen, Anästhesien usw. von den organisch bedingten vielfach zu halten und danach im Augenblicke wenigstens Wahrscheinlichkeitsdiagnosen häufig zu stellen haben. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist oft die Unterscheidung hysterischer Krampfanfälle von epileptischen — um so mehr, als die Angehörigen (und nicht selten auch die Ärzte) aus einem gewissen begreiflichen Optimismus heraus nur allzu geneigt sind, so lange wie irgend möglich statt der in übelstem Rute stehenden Epilepsie zu Gunsten der viel weniger gefürchteten, ganz mit Unrecht leichter genommenen und als relativ harmlos betrachteten Hysterie zu votieren. Die Diagnose wird auch dadurch erschwert und kompliziert, dafs in einzelnen Fällen Hysterie und Epilepsie bei denselben Individuen vorkommen, die Hysterie einer schon bestehenden Epilepsie gewissermafsen aufgesetzt erscheint, und unter diesen Umständen entweder hysterische Anfälle mit epileptischen abwechseln, oder das typische Bild der epileptischen Anfälle durch die gleichzeitige Hysterie mannigfach verändert und getrübt wird. Wo es sich um einen Anfall der „grande hystérie“ (der ehemals sogenannten Hysteroepilepsie) mit sämtlichen vollentwickelten Stadien handelt — was aber, wie wir sahen, im kindlichen Alter zu den Seltenheiten gehört — da unterliegt die sofortige Diagnose natürlich keinen Schwierigkeiten; wo aber die Anfälle abgekürzt, gewissermafsen abortiv, wo nur die Erscheinungen des „epileptischen“ (ersten Char-

cotschen Anfallstadiums) deutlich ausgesprochen sind, kann zu differenzialdiagnostischen Zweifeln und Bedenken oft wohlbegründeter Anlafs bestehen. Im Einzelnen wird auf die spezielle Symptomatologie der Anfälle Bezug zu nehmen sein, auf die Möglichkeit der Provokation von bestimmten „hysterogenen“ Zonen aus und zuweilen auch der Sistierung durch stärkeren und verlängerten Druck an solchen Stellen — auf die im Allgemeinen kürzere Dauer des tonischen, die längere Dauer des klonischen Krampfstadiums, das meist nicht völlige Schwinden des Bewufstseins bei den hysterischen Anfällen; auch die Erscheinungen des Nachstadiums, das Fehlen von Temperatursteigerung, die früher erwähnte charakteristische Beschaffenheit des nach den Anfällen entleerten Harns können dabei in Betracht kommen. Für die Unterscheidung der hysterischen und der epileptischen Dämmerzustände lassen sich ebenfalls das Vorhandensein von Druckpunkten, die in der Regel geringere und unvollständigere Trübung des Bewufstseins, des normalen Ideenzusammenhangs, und die dementsprechend gegebene Möglichkeit einer gewissen suggestiven Beeinflussung, endlich die meist geringere Tiefe und Vollständigkeit der zurückbleibenden Amnesie als Anhaltspunkte verwerten; doch erscheint demungeachtet im Einzelfalle eine sofortige Diagnosenstellung keineswegs immer mit Sicherheit möglich.

Verwechslungen hysterischer Anfälle und Dämmerzustände mit anderweitigen Formen akuter Psychopathien — mit akuter Manie, akuter halluzinatorischer Paranoia, akuter Demenz (in der „agitierten“ Form des Auftretens), mit den transitorischen und periodischen Irrseinsformen, und mit Intoxikationspsychosen (Alkoholismus usw.) sind bei genügender Berücksichtigung der besonderen ätiologischen Momente, der charakteristischen Symptome und Verlaufsweise wohl fast stets zu vermeiden.

Prognose.

Die Prognose der kindlichen Hysterie ist nur insofern günstig, als ein tötlicher Ausgang in Folge der Krankheit selbst zu den seltensten Ausnahmen gehört; es kann ein solcher durch die Heftigkeit und Andauer der konvulsivischen Anfälle,

die sich (wie im epileptischen état de mal) rasch aufeinander folgen, durch allgemeine Erschöpfung und Inanition, vielleicht auch durch Stimmritzenkrampf oder Zwerchfellskrampf im Anfalle hervorgebracht werden. Auf der anderen Seite sind auch die Aussichten auf wirkliche „Heilung“ nicht besonders günstig, obwohl in dieser Beziehung immer noch etwas besser als bei der Hysterie der Erwachsenen. Ein spontanes Erlöschen mit Vollendung der Pubertät oder nach dieser ist mindestens als Ausnahme zu bezeichnen. Was unter „Heilung“ gewöhnlich verstanden und allerdings häufig genug erreicht wird, ist im Grofsen und Ganzen nur ein Verschwinden einzelner, besonders belästigender und hervortretender, oder auch wohl „monosymptomatisch“ das Krankheitsbild beherrschender hysterischer Manifestationen. Gegen diese läfst sich mit geeigneten Mitteln viel ausrichten, wozu natürlich eine richtig gestellte Diagnose, volle Sicherheit in der Anwendung der in Betracht kommenden Heilverfahren und ein gewisses, oft nur durch Vorbereitung zu erlangendes „prestige“ auf den Kranken die unerläfsliche Voraussetzung bildet. Wo diese Bedingungen völlig erfüllt werden, kann es zu den, keineswegs blofs dem Arzte, sondern auch dem begabten Kurpfuscher oft genug gelingenden, vielgepriesenen, durch ihre Plötzlichkeit verblüffenden, im Grunde aber recht einfachen „Wunderheilungen“ kommen. Der denkende Arzt wird darüber recht bescheiden urteilen, und sich sagen, dafs damit wohl ein Symptom zum Verschwinden gebracht, die Hysterie selbst aber nicht geheilt ist — und dafs von einer „Heilung“ dieser erst die Rede sein kann, wenn die neuropsychische Konstitutionsschwäche derartig gehoben, das kranke Individuum somatisch und psychisch in solchem Mafse gekräftigt ist, um den Anforderungen des Lebens besser gewachsen zu sein und den zur Erneuerung oder Fortdauer des Leidens tendierenden Schädlichkeiten erfolgreich zu widerstehen. Und dieses Ziel wird, zumal in Fällen schwerer angeborener Belastung und bei nicht besonders günstigen Verhältnissen der Umgebung und Erziehung, selten genug erreicht werden.

Prophylaxe und Therapie.

Eine generelle Verhütung der Hysterie des Kindesalters würde nur dann möglich sein, wenn es ein Mittel gäbe, schwer neuropathisch belastete Personen am Heiraten und Kindererzeugen zu verhüten, und wenn vor Allem weibliche Hysterische nicht heirateten oder kinderlos blieben — denn, wie wir gesehen haben, hat ungefähr die Hälfte der hysterischen Mütter auch hysterische Kinder. An wirksame prophylaktische Mafsregeln in dieser Richtung ist natürlich, so sehr sie auch im allgemeinen gesellschaftlichen und nationalen Interesse liegen würden, noch auf lange hinaus nicht zu denken. So mufs man sich denn mit den individuellen Schutz- und Vorbeugungsmafsregeln begnügen, die nur darin bestehen können, die Erziehung zumal bei allen erblich-degenerativer Belastung verdächtigen Kindern auf das Strengste und Konsequenteste den Grundsätzen einer rationellen Hygiene entsprechend zu gestalten, und die körperliche und seelische Entwicklung des heranwachsenden Individuums von früh auf in diesem Sinne ärztlich und pädagogisch zu überwachen. Leider steht dabei der Umstand im Wege, dafs gerade die Eltern und zumal die Mütter der in solcher Weise krankhaft belasteten Kinder sich nur in den seltensten Fällen selbst zu Erziehern und Vorbildern qualifizieren, oder auch nur die von anderer Seite darauf gerichteten Bestrebungen ausdauernd und überzeugt zu unterstützen geeignet sein werden. Denn hierzu gehört Ruhe, Festigkeit, Kaltblütigkeit, Vermeidung von Härte und Willkür auf der einen, von Verzärtelung und Verweichlichung auf der andern Seite in der seelischen Behandlung des Kindes. Worauf es bei bestehender Prädisposition in erster Reihe ankommt, das ist nicht blofs das Negative, fehlerhaften und gefährlichen Affekten, Neigungen und Antrieben rechtzeitig entgegenzutreten, sondern noch mehr das Positive, die Kinder zur Selbstzucht und Selbstbeherrschung, zum Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit zu erziehen, ihre Willensenergie zu festigen und an sukzessiv gestellten kleineren und gröfseren Aufgaben systematisch zu erproben. Liegt hier der Schwerpunkt nach der erzieherischen Seite hin — und wie wenige Lehrer und Lehrerinnen sind wohl pädagogisch einer solchen Aufgabe gewachsen? — so

liegt dem Arzte vor allem ob, die Kinder körperlich abzuhärten und zu kräftigen, die Ernährung und die gesamte Lebensweise hygienisch zu regeln, einer schädigenden Überbürdung in der Schule und noch mehr im Hause, einer frühzeitigen Überbildung und Überfütterung mit ungeeignetem geistigen Nahrungsstoff in der Form von Lektüre, Umgang, unpassend gewählten gesellschaftlichen Vergnügungen — namentlich einer verfrühten Anregung des erotischen Triebes mit allen Mitteln vorbeugend entgegenzuwirken. Ablenkung des Sinnes und der Neigungen auf richtig gewählte körperliche Übungen, je nach Umständen und nach dem Alter in der Form von Spielen, Turnen, Sportbetrieb, immer aber bis zur Ermüdung, nötigenfalls selbst bis zur Übermüdung der Kinder bieten sich in schwereren Fällen als besonders geeignete, den ärztlichen wie den pädagogischen Zwecken in gleichem Maſse Rechnung tragende, in der einen oder anderen Weise fast stets zur Verfügung stehende Hülfen.

Auch bei der Behandlung der schon manifest gewordenen Hysterie des kindlichen Alters müssen im Wesentlichen dieselben ärztlichen und erzieherischen Grundsätze Geltung behalten. Was die speziell ärztliche Wirksamkeit betrifft, so dürfen wir dabei nie aus den Augen lassen, daſs die Hysterie in erster Reihe eine Psychose ist, daſs wir es bei den Hysterischen (bei Kindern, wie bei Erwachsenen) wesentlich mit seelisch in krankhafter Weise prädisponierten und in ihrem Vorstellungs- und Gemütsleben mehr oder weniger krankhaft veränderten Individuen zu tun haben, deren anscheinend rein körperliche Krankheitserscheinungen, wie wir gesehen haben, auch zum groſsen und gröſsten Teile psychogener oder, wenn wir uns so ausdrücken dürfen, ideogener Natur sind, und deren Behandlung wir daher auch auf entsprechendem Wege, auf dem Wege seelischer Beeinflussung und Umwandlung, vorwiegend anstreben müssen. Zur Erreichung dieses Hauptzweckes werden wir die mannigfaltigsten Behelfe und Mittel aus dem Kreise der pharmazeutisch-chemischen, wie der in neuester Zeit zu so überaus vielseitiger Entwicklung gelangten physikalischen Heilmethoden selbstverständlich heranziehen dürfen und müssen — sie aber doch immer dem eigentlichen Heilzweck unter- und einordnen, und daher mit sorgfältiger Berechnung in der individuellen Auswahl und

Anwendungsweise eben nur als Vehikel, als Träger der das eigentliche und wichtige Heilagens ausmachenden psychischen Beeinflussung zweckentsprechend verwerten.

Auf die „psychische Therapie" ist also bei der Hysterie des kindlichen Alters fast noch mehr wie bei der Hysterie der Erwachsenen in jeder Beziehung das Hauptgewicht zu legen. Freilich gehört dazu ein seiner Aufgabe vollbewufster und ihr gewachsener Arzt, und eine seiner Einwirkung förderliche oder mindestens nicht entgegen arbeitende Umgebung. Daher wird in vielen Fällen die Entfernung des Kindes aus dem elterlichen Hause, oder aus Pensionaten, Schulinternaten usw. und seine Versetzung unter besser geeignete Verhältnisse, sei es eines Krankenhauses, einer Privatklinik, eines Sanatoriums, eines „Heilerziehungsheimes" oft die erste und unumgängliche Vorbedingung jeder ärztlichen curativen oder auch in schweren Fällen nur palliativ-symptomatischen Einwirkung bilden. Alles mufs vom Arzte peinlich genau vorbereitet, ich möchte sagen „inszeniert", das Pflegepersonal besonders sorgfältig geschult und für den besonderen Zweck instruiert werden; ein Zufall, ein unglückliches oder zur Unzeit gefallenes Wort kann unter Umständen alles mühsam Errungene in Frage stellen oder wieder verderben. — Auch „Spezialkuren", namentlich die so beliebten Ernährungskuren, die meist mit kürzerer oder längerer Bettruhe verbundenen sog. „Mastkuren" nach Weir Mitchell und Playfair usw. sind wenn auch der diätetische Heilfaktor immerhin der Sachlage entsprechen mag, doch wesentlich aus dem Gesichtspunkte der Ruhe, der Isolierung, und der geförderten psychischen Einwirkung als indiziert zu betrachten.

Das Wichtigste bleibt immer, dafs der Arzt — wozu natürlich Takt und natürlicher, durch Übung verstärkter psychologischer Scharfblick unerläfslich sind — das Vertrauen der Kranken in vollem Mafse zu gewinnen und bestimmenden Einflufs auf sie zu üben im Stande ist; dann wird er so gut wie Alles bei ihnen zu erreichen, ihre Heilungszuversicht mächtig anzuregen, die gewünschten und dem Spezialzwecke entsprechenden Heilvorstellungen in vollem Umfange auszulösen vermögen. Hierzu können sich bald in passender Weise gegebene Wachsuggestionen, bald auch hypnotische Suggestionen vorzugsweise empfehlen; bei kindlichen Hysterischen ist gerade

der letztere Weg sicherer betretbar und führt häufiger und rascher zum Ziele als bei hysterischen Erwachsenen, weil im kindlichen Alter die hemmenden und entgegenwirkenden autosuggestiven Vorstellungen noch nicht mit solcher Stärke entwickelt zu sein pflegen, und autoritative oder sich als autoritativ gebende Einflöfsungen daher verhältnismäfsig leichteres Spiel haben.

Handelt es sich um Beseitigung einzelner, besonders lästiger und schwerer Krankheitsmanifestationen, wie namentlich bei „monosymptomatischem" Auftreten der Hysterie in der Form von Krämpfen, Lähmungen, Neuralgien und Anästhesien usw., so wird man mit oder neben der Wachsuggestion oder hypnotischen Suggestion zur Erleichterung und Beschleunigung der Wirkung häufig noch ein passend gewähltes, äufserlich mechanisches Hülfsmittel in der Form von Elektrizität, Magnetapplikation, Massage u. dgl. in Anwendung bringen. Wo Lähmungen und Anästhesien bestehen, wird man dabei im Allgemeinen sehr kräftigen, schmerzerregenden Reizen, wie starker faradischer Pinselung, Funkenströmen der Influenzmaschinen u. dgl. — bei Krämpfen und Neuralgien umgekehrt beruhigenden Methoden, leichten Streichungen, örtlicher Magnetisierung, Kälte- und Wärmeanwendung u. dgl. den Vorzug einräumen. Einzelne, der eigenen Beobachtung entnommene Beispiele von raschen, gewissermafsen a prima vista erzielten Erfolgen in Fällen solcher „monosymptomatischen" Hysterie bei Kindern mögen zur Erläuterung dienen.

1. E. B., 9jähriger Knabe, erblich degenerativ veranlagt (Mutter schwer hysterisch — sie leidet zeitweise an Meteorismus, Globus, Wein- und Schreikrämpfen, u. A. auch an hysterischem Singultus und Migräneanfällen); ist für sein Alter etwas fett und gedunsen, 75 Pfund schwer, dabei klein, mit breitem Gesicht, intellektuell wenig begabt, mit dem um ein Jahr jüngeren Bruder in der nämlichen Schulklasse. Er leidet gleich der Mutter an schweren Migräneanfällen, meist linksseitig, mit Erbrechen usw. alle 8—14 Tage auftretend; hat früher längere Zeit bellenden Husten gehabt, und neuerdings in den letzten acht Tagen, ohne besondere nachweisbare Veranlassung, einen überaus heftigen, fast ohne Unterbrechung Tag und Nacht anhaltenden Singultus. Epigastrium und seitliche Halsgegenden auf Druck ziemlich empfindlich. Die bisherigen Behandlungsversuche meist mit inneren Mitteln (Nervina und Sedativa) waren gänzlich erfolglos gewesen. Der Knabe wurde in der Sprechstunde zu mir gebracht; der Singultus war so laut und stürmisch, dafs sich das Geräusch schon vom Vorzimmer aus in meinem Sprech-

zimmer höchst störend bemerkbar machte. Ich liefs den in Begleitung seiner Mutter erschienenen kleinen Patienten daher sobald wie möglich vorkommen und erklärte ihm in festem Tone, dafs das Leiden augenblicklich bei Anwendung der Hypnose zum Verschwinden gebracht werden würde. Die Hypnotisierung erfolgte ohne Schwierigkeit; in der natürlich nur oberflächlichen Hypnose spritzte ich mit einem Röhrchen etwas Äthylchlorid auf das als Ausgangspunkt des Leidens bezeichnete Epigastrium, bis zu deutlicher Abkühlung der Haut, und knüpfte daran die Suggestion, dafs die „Magennerven“ nun gelähmt seien und der Singultus jedenfalls bis morgen daher ausbleiben müsse. Beim Erwachen aus der Hypnose keine Spur von Singultus. Am folgenden Tage erschien Patient wieder, der Krampf war bis dahin völlig ausgeblieben. Es wurde nun, wiederum in der Hypnose, ein grofser Hufeisenmagnet einige Zeit auf das Epigastrium appliziert, und dabei völlige Heilung suggeriert. Der Singultus kehrte nicht wieder. Vier Jahre später sah ich den nunmehr 13jährigen Knaben wieder, er war noch fetter geworden, dabei klein, untersetzt, mit schwacher Herztätigkeit, Neigung zu venösen Kopfhyperämien, wog 111 Pfund, hatte sich ein Jahr zuvor mit der hysterischen Mutter einer Kur bei Lahmann ohne Erfolg unterzogen, zeigte aber zur Zeit keine auffälligen hysterischen Symptome.

2. C. L., 12 Jahre alt, Tochter eines auswärtigen Arztes; ohne nachweisbare schwere Prädisposition, der Vater diabetisch und etwas nervös, Mutter und zwei ältere Schwestern dagegen gesund. Einem brieflichen Berichte des Vaters zufolge sollte die Kleine an einer seit $4^1/_2$ Monaten bestehenden, vom Rückenmark ausgehenden, paraplegischen Lähmung leiden und dadurch völlig gehunfähig sein. Sie erschien mit der Mutter bei mir, d. h. sie wurde die Treppe heraufgetragen, vermochte nur mit zwei Stöcken kurze Zeit zu stehen, wobei das linke Bein schlaff und in Spitzenstellung, im Fufs- und Kniegelenk leicht flektiert war, jedoch passiv auch mit der Sohle aufgesetzt und in dieser Stellung ohne ersichtliche Anstrengung festgehalten werden konnte. Bei jedem Versuche zu gehen, auch mit Hülfe der beiden Stöcke, knickte die Patientin dagegen in den Knieen sofort und vollständig zusammen, wobei der ganze Oberkörper zugleich in einer eigentümlichen Weise emporgeschleudert wurde; an irgend eine Spur willkürlicher Fortbewegung war demnach nicht zu denken. Muskelschwund, fibrilläres Zittern zeigten sich nicht, die elektrische Reaktion der Nerven und Muskeln war beiderseits unverändert, die Sehnenreflexe waren etwas gesteigert. Die Kleine sah anämisch aus, hatte etwas beschleunigte Herztätigkeit, laute blasende Geräusche an den Herzostien und laute Jugularvenengeräusche; in geistiger Beziehung machte sie den Eindruck ungemein frühreifer Entwicklung und lebhafter Impressionabilität, wie man sie bei hysterischen Kindern so häufig antrifft. Ich stellte die Diagnose einer rein hysterischen Abasie (und Astasie oder Dysstasie) und beschlofs sogleich die Probe auf das Exempel zu machen. Ich entsandte die Mutter in ein Nebenzimmer, behielt die Tochter bei mir, und nun stellte ich dieser vor, welche freudige Überraschung sie ihrer Mutter bereiten könnte,

wenn sie plötzlich und unerwartet, selbständig und ungeführt, die Tür öffne und zu ihr ins Nebenzimmer hereintreten würde. Dies sei aber bestimmt zu erreichen, wenn sie das Opfer bringen wolle, sich einer allerdings recht schmerzhaften Prozedur kurze Zeit zu unterziehen. Ich zeigte und schilderte ihr den Apparat, eine Influenzmaschine, womit ihr im Liegen — sie war auf eine verstellbare Kouchette niedergelegt worden — $2^1/_2$ Minuten hindurch Funkenströme an Rücken und Beinen beigebracht werden müfsten. Die Sache gelang vollkommen nach Wunsch, wie ein gut arrangiertes Schauspiel. Die Kleine entschlofs sich nach einigem inneren Kampfe zum Erdulden der Funkenströme, verbifs die Schmerzäufserungen, damit man im Nebenzimmer nichts hörte; sie war nachher etwas aufgeregt, zitterte, liefs sich aber beruhigen, genofs Biskuits und Chokolade, die ich ihr reichte, da sie am Morgen noch nichts gegessen hatte, richtete sich dann ohne Schwierigkeit auf, und schritt, wie ich es ihr vorausgesagt hatte, ungeführt, ohne Stock, zu der Mutter ins Nebenzimmer. Die nun folgende Szene schildere ich nicht! — Es folgten in den nächsten Tagen noch einige unbedeutende Zwischenfälle (einmal wieder etwas Neigung zum Einknicken, da Patientin sich bei einer Ausfahrt vor einem Hunde geängstigt hatte u. dgl.) — dann konnte sie nach Hause zurückreisen, woselbst nicht lange darauf die erste Menstruation eintrat. Auffällige hysterische Manifestationen scheinen, soweit ich aus brieflichen Äufserungen der überglücklichen Eltern und der Patientin selbst ersehen konnte, später nicht mehr gefolgt zu sein; jedenfalls ist die Patientin längst glücklich verheiratet und Mutter eines den Angaben nach gesunden Kindes.

Handelt es sich in diesen beiden Fällen um „Sprechstundenheilungen“, so lehrt der nur kurz wiederzugebende dritte Fall, dafs auch im Hause unter günstigen Umständen ähnliche Erfolge augenblicklich erzielt werden können.

3. M. K., 11jähriger Knabe; von mütterlicher Seite erblich belastet (Mutter selbst sehr nervös, ein Bruder der Mutter imbezill); ein zwei Jahre älterer Bruder zeigt neurasthenische Symptome. Pat. selbst hat schon früher einmal längere Zeit an Schmerzen im rechten Fufs beim Auftreten, angeblich Distorsion, wahrscheinlich aber hysterischer Tarsalgie gelitten; ist nachts sehr aufgeregt und unruhig, gewöhnt dafs die Mutter im Zimmer bei ihm ist. Als dies nun vor ungefähr anderthalb Wochen einmal nicht tunlich war, verfiel der Knabe aus heftigem Ärger und Zorn in einen mehrstündigen konvulsivischen Anfall und ist seit dieser Zeit vollständig „gelähmt“, vermag nicht aufzustehen, das Bett nicht zu verlassen. Bei der Untersuchung zeigt er ein scheues ängstliches Wesen, antwortet nicht, versteckt den Kopf, sucht sich im Bette zu verbergen. Er zeigt allgemeine Hyperästhesie, erhöhte Patellarreflexe, rechts etwas Fufsklonus. Ich lasse einen Induktionsapparat herbeischaffen und erkläre den Eltern in Gegenwart des Knaben, die Lähmung könne nur durch eine aufserordentlich schmerzhafte faradische Pinselung gehoben werden; sie sollten sich fünf Minuten um nichts kümmern, wenn der Knabe auch noch so stark schreie; es sei übrigens ungewifs, ob die einmalige Appli-

kation schon ausreichen werde; wenn nicht, müsse das Verfahren jeden Tag wiederholt werden — der Apparat müsse zu dem Zwecke dableiben. Ober- und Unterschenkel wurden dementsprechend fünf Minuten lang in der kräftigsten hautreizenden Weise unter lautem Geschrei des Knaben bearbeitet; dann verabschiedete ich mich, ohne den unmittelbaren Erfolg zu konstatieren. Bei meiner Wiederkehr am nächsten Tage war der Knabe auf, ging im Zimmer herum — eine Wiederholung der Prozedur erwies sich auch weiterhin als unnötig!

In diesem Falle von hysterischer „Atremie“ und Abasie wurden also nicht, wie im vorhergehenden, Ehrgeiz und Sensationsverlangen, sondern Schmerz und furchterweckende Drohungen als psychische Hebel eingesetzt. Der Erfolg war derselbe. Von „Einbildung“ oder gar von „Simulation“ in derartigen Fällen zu reden, sollte man dem Laien überlassen; des gebildeten Arztes ist eine solche Auffassung unwürdig — sie zeugt nur von mangelhaftem Verständnis des eigenartigen Wesens der Krankheit!

Für die spezielle Behandlung der hysterischen Krampfanfälle sind zahlreiche Ratschläge und Vorschriften gegeben worden; das Meiste davon ist unnötig und auch unwirksam, oder doch nur in vereinzelten Fällen wirksam. Meist vergeblich ist das bei Laien noch sehr beliebte Anspritzen oder Übergiefsen des Gesichts mit kaltem Wasser; dagegen sah ich wiederholt bei einem 11 jährigen Knaben die schweren, stundenlang anhaltenden Krampfanfälle augenblicklich zessieren, sobald der Knabe aus seinem Zimmer in einen kalten Raum oder ins Freie gebracht wurde. Dafs man durch prolongierten Druck an hysterogenen Zonen, besonders an den abdominellen Prädilectionsstellen, die Anfälle zuweilen zu koupieren im Stande ist, wurde schon bei früherer Gelegenheit hervorgehoben; man kann diesen Druck durch eine bruchbandartige Bandage mit Pelotte ansüben, eine solche auch vorbeugend tragen lassen. Alle Technizismen der Hypnose und Suggestion wurden natürlich auch aufgeboten; man wollte durch Kompression der Bulbi hypnotische Lethargie hervorrufen, oder den Nordpol eines Magneten annähern (Lombroso), oder einen konstanten Strom in der Stirngegend und an anderen Stellen lokalisieren, oder durch Chloroform, Äther, Amylnitrit, Bromäthyl eine leichte Narkose hervorrufen. Bei den schwersten Anfällen wurden Injektionen von Morphium, und merkwürdiger-

weise auch von Apomorphin (Gowers) empfohlen; von dem letzteren (1 ccm einer Sol. 1 : 100) habe ich selbst einmal einen überraschend schnellen Erfolg gesehen, während es in einem anderen Falle gänzlich versagte. Ein unter allen Umständen wirksames Mittel zur Koupierung der Anfälle existiert nicht. In der Regel wird man daher, ebenso wie bei den typischen epileptischen Anfällen, am besten tun, sich mit freier Lagerung der Kranken auf dem Fufsboden, auf einer Matratze, oder mit ihrer Sicherung und Überwachung in Bettlage, nötigenfalls durch um das Bett herumgeführte und wohlbefestigte Leintücher zur Verhütung von Sturz und Verletzungen, zu begnügen, und den Anfall, auf den ja häufig spontaner Schlaf folgt, sich erst austoben zu lassen, die Kranken aber nachher zur Vorsicht noch längere Zeit im Bett zu behalten und von leichten Beruhigungs- oder Schlafmitteln Gebrauch zu machen. Der immer zu fürchtenden Wiederkehr schwerer Krampf- und Dämmerzustände wird man durch baldige Entfernung der Kranken aus ihrer häuslichen Umgebung und Transferierung in eine geeignete Anstalt (Krankenhaus, Sanatorium, in den schlimmsten Fällen Irrenheilanstalt) am wirksamsten vorbeugen.

Von praktischer Wichtigkeit ist die, speziell auch den Schularzt interessierende Frage, wie man sich mit dem Schulbesuch hysterischer Kinder, und wie sich die Schule selbst der Hysterie ihrer Schüler und Schülerinnen gegenüber zu verhalten habe. Wenn Erlenmeyer (in Wehmers encyklopädischem Handbuch der Schulhygiene) neuerdings die peremptorische Forderung aufstellt, Schüler mit hysterischen Erscheinungen unverzüglich aus der Schule zu verweisen, und bei gröfserer Ausbreitung der Hysterie (wie in dem vorerwähnten Hillebrechtschen Falle) sogar die betreffende Klasse zu schliefsen — so erscheint eine derartige Forderung doch als viel zu weitgehend. Der Erfolg lehrte ja auch gerade in diesem Falle, dafs auf einfaches energisches Ruhegebot schon nach wenigen Minuten ein Teil der nur sekundär affizierten Schülerinnen sich beruhigte und mit den Angehörigen entlassen werden konnte. Ich bin der Meinung, der Lehrer oder der herbeigerufene Schularzt sollte derartige Gelegenheiten vielmehr benutzen, um aufklärend und verständigend, insbesondere auch die ebenso verbreitete

wie törichte Angst vor solchen krankhaften Zuständen bekämpfend auf die Schüler zu wirken. Im Übrigen ist wohl einleuchtend, dafs Kinder mit schweren hysterischen Krämpfen und Dämmerzuständen in die öffentlichen Schulen überhaupt nicht gehören, vielmehr nur in geeigneten, ärztlich überwachten Anstalten (Heilerziehungsheimen) den Unterricht empfangen dürfen, und dafs auch Kinder, die, ohne konvulsivische Anfälle zu haben, doch mit belästigenden und auffälligen hysterischen Symptomen, Lähmungen, Aphonie, Krampfhusten, Singultus u. dgl. behaftet sind, dem Schulunterricht bis zur völligen Beseitigung dieser Symptome fern bleiben müssen.

Schliefslich bietet der hier abgehandelte Gegenstand auch ein nicht unerhebliches forensisches Interesse. Die Aussagen hysterischer Kinder, auf die vor Gericht — namentlich bei Sittlichkeitsdelikten — oft so viel ankommt, sind ihrer Natur nach fast absolut wertlos — noch unendlich wertloser, als es Kinderaussagen ohnehin (wie jedem Kriminalisten bekannt ist oder doch sein sollte) in den meisten Fällen zu sein pflegen. Allerdings gehören zur entsprechenden Bewertung dieser Aussagen einerseits Sachverständige, die mit der Kinderhysterie und deren Anzeichen genügend Bescheid wissen — auf der anderen Seite aber auch Richter (oder Geschworene), die den Erfahrungen ärztlicher Sachverständiger volles Vertrauen beimessen und nicht, wie wir es neuerdings leider ziemlich häufig erleben, mit laienhafter Voreingenommenheit darüber hinweggehen.

Literatur.

Guiraud, essai sur l'hystérie précoce, Paris 1880. — Paris, de l'hystérie chez les petites filles, Paris 1880. — Casaubon, l'hystérie chez les jeunes garçons, Paris 1884. — Peugniez, de l'hystérie chez l'enfant, Paris 1885. — Smidt, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1880, XV, p. 1. — Riesenfeld, Über Hysterie bei Kindern, Diss., Kiel 1887. — Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters (Nachtrag zu Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten), Tübingen 1887. — Clopatt, études sur l'hystérie infantile, Helsingfors 1888. — Jolly, Berl. klinische Wochenschrift 1892, p. 841. — Steiner, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1897, XLIV, p. 187. — Bruns, Die Hysterie im Kindesalter (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten von Alt I Heft 5 u. 6), Halle 1897. = P. Bézy und V. Bibent, Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter, deutsch von M. Brodtmann, Berlin 1902. — Leick, Deutsche med. Wochenschrift 1902. — Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters (Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, VII 2), Berlin 1904.

Druck von Leonhard Simion Nf. in Berlin SW.